新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金

新型コロナウイルスワクチン個別接種促進交付金

記載（入力）要領

岩手県保健福祉部

医　療　政　策　室

はじめに

この要領は、Ａ３用紙で最適表示されるよう、作成しています。

この要領は、岩手県における新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金（以下「補助金」という。）及び新型コロナウイルスワクチン個別接種促進交付金（以下「交付金」という。）を申請するための電子ファイルの入力方法について、説明するものです。

岩手県における補助金及び交付金は、国の「令和３年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）」を活用して実施するものであり、国の事業と県の事業は、次のとおりの対応関係にあります。

国支援メニュー	県支援メニュー（事業名）
個別接種促進のための追加支援策	交付金
①「診療所」における接種回数の底上げ	1　接種回数底上げ事業
②接種施設数の増加	2　接種施設数増加協力事業
	補助金
③「病院」における接種体制の強化	3　特別接種体制確保事業
集団接種体制の強化支援策	
時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業	4　医療従事者派遣事業

お配りしている電子ファイルは、15 のシートで構成しており、共通シートのほか、申請するものに応じて作成が必要なシート（書類）が異なりますので、必要シート（書類）と記載（入力）例をお示しします。

なお、それぞれのシートにおいて、**入力いただきたいセルはペールオレンジ** で表示し、**数式により自動計算されるセルは水色** で表示しています。

【「基礎データ」シート】

基礎データが未入力のため、申請書作成にお進みいただけません。

申　請　日		申請日を入力してください。
医療機関名		医療機関名を入力してください。
代表者名		代表者名を入力してください。
医療機関コード		03で始まる10桁の医療機関コードを入力してください。
病院・診療所の別		病院、診療所の別をリストから選択してください。
郵便番号		７桁の郵便番号を半角で入力してください。
所　在　地		所在地を入力してください。
連　絡　先		電話番号を入力してください。
メールアドレス		メールアドレスを入力してください。
担　当　者		御担当者のお名前を入力してください。

すべての項目を入力すると、「基礎データが未入力のため、申請書作成にお進みいただけません。」又は「基礎データの入力が不完全のため、基礎データを完成させてください。」の表示が「**申請書の作成にお進みください。**」に変わります。

申請書の作成にお進みください。

申　請　日	令和 3 年 10 月 1 日
医療機関名	岩手県
代表者名	医療政策室長
医療機関コード	0312345678
病院・診療所の別	診療所
郵便番号	0208570
所　在　地	盛岡市内丸10番１号
連　絡　先	019-629-5472
メールアドレス	ico-va@pref.iwate.jp
担　当　者	ワクチン接種担当

１　共通項目

使用するシートは、「基礎データ」です。

共通項目として使用する情報は、①申請日、②医療機関名、③代表者名、④医療機関コード、⑤病院・診療所の別、⑥郵便番号、⑦所在地、⑧連絡先、⑨メールアドレス、⑩担当者の 10 項目です。

それぞれの項目は、それぞれの項目に応じて入力の制限を行っている部分がありますので、入力したい項目を選択したときに表示されるメッセージを確認の上で入力してください。

これらの項目全てが入力されない限り、「【交】申請書」、「【補】申請書」シートは、**塗りつぶして表示されるように設定**しています。

いずれも入力可能項目と考えていますが、「メールアドレス」に限り、環境により入力ができない場合は、メールアドレスの入力欄には「不所持」と入力してください。

また、各シートについて、入力いただきたい項目以外はすべて選択できないようにしていますので、個別に修正したい項目がある場合は、医療政策室へ御連絡ください。

（ＴＥＬ；０１９－６２９－５４７２　　e-Mail：ico-va@pref.iwate.jp）

【「診療所用」シート　２ページ目】

【「診療所用」シート　３ページ目】

２　交付金を申請、請求する場合

使用するシートは、①「承諾書」、②「診療所用」又は「病院用」、③「【交】申請書」及び④「【交】請求書」の４種類です。

「診療所用」及び「病院用」の各シートは、令和３年６月 23 日付け「新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための支援事業の請求について」等の**国が示した様式に準じていますが、内容が多少異なります。**

また、令和３年８月 12 日付け「新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための支援事業の請求について（その２）」で、国様式が一部修正されていますが、この修正に対応しています。

> 💡 医療機関の市町村に対する接種費用への時間外・休日加算相当分の上乗せ請求をとらえ、国様式からコピー、貼り付けにより入力することにより、医療機関の事務負担軽減を見込んでいたところですが、令和３年８月 12 日付けの事務連絡の後、断続的に国様式が修正されたことを踏まえ、医療機関において作成済の様式とこの配布様式との相違が懸念されたことから、**この配布様式に直接入力いただくよう御協力をお願いします。**

（１）　接種回数底上げ事業を申請、請求する場合（診療所のみが該当）

この事業は、次の場合に該当する診療所に対して支援を行うものです。

- 週 100 回以上の接種を７月末まで、８・９月、10・11 月、12・令和４年１月、２・３月のそれぞれの期間中に４週間以上行った場合、回数あたり 2,000 円を支援するものです。
- 週 150 回以上の接種を７月末まで、８・９月、10・11 月、12・令和４年１月、２・３月のそれぞれの期間中に４週間以上行った場合、回数あたり 3,000 円を支援するものです。

ア　「診療所用」シートの入力（作成）

（ア）　１ページ目から３ページ目まで

（ａ）　「基礎データ」シートで入力した内容が適切に表示されていない場合は、「基礎データ」シートの「病院・診療所の別」の入力が適切ではないことが考えられますので、適切に選択されているか確認してください。

（ｂ）　９行目から 70 行目（１ページ目及び２ページ目）までは、令和３年８月 12 日付け国の事務連絡の「（ご参考）」により入力してください。

（イ）　２ページ目

問１、問２は必須です。セルを選択し、「✔」を入力してください。問２で「はい」を選択すると、問３以降は黒で塗りつぶされますが、「いいえ」を選択した場合は、問３以降も入力してください。

（ウ）　３ページ目

各週の項目ごとの金額を、合計金額（F99 セル）を確認し、最後に医療機関コードが正しく表示されているか確認してください。

【「【交】申請書」シート】

【「【交】請求書」シート】

イ　「【交】申請書」シート（様式第１－(1)号）の入力（作成）

このシートは、すべての項目が「基礎データ」シート、「診療所用」シートで入力した内容を参照しています。

修正が必要な場合は、それぞれのシートに戻って修正の上、このシートに反映させてください。

ウ　「【交】請求書」シート（様式第１－(2)号）の入力（作成）

このシートは、「交付金交付決定額」及び「今回請求額」以外の項目が「基礎データ」シート、「診療所用」シートで入力した内容を参照しています。

修正が必要な場合は、それぞれのシートに戻って修正のうえ、このシートに反映させてください。

（ア）　既に表示されている金額と、交付金交付決定額（K24 セル）及び今回請求額（K30 セル）に**相違がない場合**は、それぞれの項目（T24 セル及び T30 セル）について「**（■上記請求額に同じ）」を選択**してください。

異なる場合は、T24 セル又は T30 セルで「**（□上記請求額に同じ）」を選択**してください。

↓

交付金交付決定額並びに今回請求額に係る接種回数底上げ事業の金額（S26 セル及び S32 セル）及び接種施設数増加協力事業の金額（S28 セル及び S34 セル）が、「金額入力」と表示されるので、**適切な金額を入力**してください。

右の１週間の時間数を足し上げ、１時間未満が切り捨てて計算されます。

【「病院用」シート　１ページ及び２ページ目】

医療機関等名称		未入力								
		（日）	（月）	（火）	（水）	（木）	（金）	（土）	週の合計 ※特別体制については、50回行った日の時間数のみ足し上げ	1日当たり50回以上接種を行った日
		12/5	12/6	12/7	12/8	12/9	12/10	12/11		
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外									0日
接種回数（予診のみを含めない）	職域									
(特別体制)医師の延べ時間									0 時間	
(〃)看護師等の延べ時間									0 時間	

入力のコツ　１時間 20 分の場合セルに「++1+20/60」と、２時間 45 分の場合「++2+45/60」と、時間換算のために分を 60 で除すと全体が時間換算されて表示されます。

【「病院用」シート　３ページ目】

該当する場合、「▼」を押下し、リストから「✔」を選択してください。

問１	本明細書の「接種回数（予診のみを含めない）」に集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含まれない。	
問２	職域接種を実施していない　→　はい（はいの場合問３以降に回答する必要はありません。）	
	↓　いいえ	
問３	職域接種の実績は、本報告書の「接種回数（予診のみを含めない）」に全く含まれていない。　→　はい（はいの場合問４以降に回答する必要はありません。）	

（２）　接種施設数増加協力事業を申請、請求する場合（病院及び診療所が該当）

この事業は、病院又は診療所において、１日 50 回以上の接種を行った場合に１日あたり 10 万円を支援するものです。**ただし、診療所にあっては、（１）の接種回数底上げ事業に係る要件を満たさない週に属する日に限ります。**

ア　病院の場合

（ア）　「病院用」シートの入力（作成）

ａ　１ページ目から４ページ目

（ａ）　「基礎データ」シートで入力した内容が適切に表示されていない場合は、「基礎データ」シートの「病院・診療所の別」の入力が適切ではないことが考えられますので、適切に選択されているか確認してください。

（ｂ）　９行目から 61 行目（１ページ目及び２ページ目）までは、令和３年８月 12 日付け国の事務連絡の「（ご参考）」により入力してください。

「医師延べ時間」及び「看護師等延べ時間」に係る時間は、時間単位（例えば、20 分の場合は「20/60」、１時間 20 分の場合は「1+20/60」で入力。）で入力します。
その週の時間を全て足し上げた上で、当該週の時間として１時間未満を切り捨てます。

ｂ　３ページ目

問１、問２は必須です。セルを選択し、「✔」を入力してください。問２で「はい」を選択すると、問３以降は黒で塗りつぶされますが、「いいえ」を選択した場合は、問３以降も入力してください。

（次ページに続く）

【「病院用」シート　４ページ目】

様式３（病院用）

年　月　日

岩手県知事　達　増　拓　也　様

医療機関等名称　〇〇病院

代表者氏名

所在地

電話番号

個別接種促進のための支援事業に係る請求明細書（病院）

5月9日から7月31日の期間において、交付金交付申請書添付の実績明細書のとおりコロナウイルスワクチンの接種を実施したことによる交付金額明細は、以下のとおりである。

合計金額　¥0

内訳

うち　新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金交付要綱による特別接種体制確保事業分　0 円

新型コロナウイルスワクチン個別接種促進交付金交付要綱による接種施設数増加協力事業分　0 円

5月9日から7月31日の間
50 回以上／日の接種を週１日以上達成した週　0週（4週以上で、医師・看護師等に係る追加交付）

	1日50回以上接種の加算		（特別な接種体制を確保し、かつ、50回/日を[illegible]日以上、4週間以上達成した場合）医師に係る追加交付		看護師等に係る追加交付	
5月10日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
5月17日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
5月24日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
5月31日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
6月7日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
6月14日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
6月21日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
6月28日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
7月5日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
7月12日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
7月19日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
7月26日の週	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円
合計	0日	0円	0時間	0円	0時間	0円

医療機関コード（「03」で始まる10桁）　**医療機関コードエラー**

ｃ　４ページ目

各週の項目ごとの金額を、合計金額（F130 セル）を確認し、最後に医療機関コードが表示されているか確認してください。

※　この事業（**接種施設数増加協力事業**）は、**交付金**です。特別な接種体制を確保した場合における職種別時間あたり支援（**特別接種体制確保事業**）は、**補助金**です。

※　**補助金に金額がある場合**は、別のシート（シートの名前が「【補】」で始まるもの）による**補助金の交付申請が必要**です。（６ページ参照）

（イ）　「【交】申請書」シート（様式第１－（1）号）及び「【交】請求書」シート（様式第１－（2）号）の入力（作成）

（1）イ及びウ（３ページ参照）と同様です。

イ　診療所の場合

（1）（２ページ参照）の接種回数底上げ事業を申請する場合と同様です。

【【補】申請書シート】

様式第１号

年　月　日

岩手県知事　様

所　在　地　いずれも空欄
医療機関名　〇〇診療所
代 表 者 名　いずれも空欄　印
（医療機関コード　）

新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金交付申請書

標記事業を実施したいので、岩手県補助金交付規則第４条の規定により関係書類を添えて、次のとおり補助金の交付を申請します。

記

1　交付申請額　金　0　円
うち　医療従事者派遣事業　金　円
特別接種体制確保事業　金　円

2　申請額算出内訳　様式第１－（１）号のとおり

3　事業計画書　様式第１－（２）号のとおり

4　収支予算書　様式第１－（３）号のとおり

5　特別接種体制確保事業に係る特別接種体制の内容

6　連絡用メールアドレス

３　補助金を申請、請求する場合

使用するシートは、①「承諾書」、②「診療所用」又は「病院用」、③「【補】申請書」、④「【補】様式１－(１)」、⑤「【補】様式１－(２)」及び⑥「【補】様式１－(３)」並びに⑦「【補】実績報告書」、⑧「【補】様式３－(１)」、⑨「【補】様式３－(２)」及び⑩「【補】様式３－(３)」並びに⑪「【補】請求書」の 11 種類です。

「診療所用」及び「病院用」の各シート並びに「承諾書」シートは、２の交付金を申請、請求する場合と共用です。

（１）　特別接種体制確保事業を申請、請求する場合（病院のみが該当）

特別な接種体制を確保し、１日あたり 50 回以上の接種を週１日以上達成する週が、７月末まで、８・９月、10・11 月、12 月・令和４年１月、２・３月のそれぞれの期間中に４週間以上あった場合、医師１人あたり、１時間あたり 7,550 円、看護師等１人あたり、１時間あたり 2,760 円を支援するものです。

ア　「病院用」シートの入力（作成）

２(２)アの接種施設数増加協力事業に係る「病院用」シート作成の例（４ページ参照）と同様です。

イ　「【補】申請書」シート（様式第１号）の入力（作成）

（ア）　特別接種体制確保事業に係る特別接種体制の内容（C30 セル）を、次の点に留意して入力してください。

- 特別接種体制確保事業に係る特別接種体制の内容は、**具体的な体制を入力**してください。
- 単に、コロナワクチン接種業務を行うだけでは「特別な接種体制」には該当せず、**コロナワクチン接種のために平時とは異なって専従の体制を取っている場合は特別の体制**であるとされています。
- 例えば、新たにコロナワクチン接種のために雇用した、既存人員の配置換えをしてコロナワクチン接種専従にした、休診時間や休日の医師、看護師等に出勤してもらう体制にしたなどが該当しますので、申請書などに具体的な体制や時間などの内容を記載してください。
- なお、特別な接種体制に係る体制図（平時との差が分かるもの。従事する時間数がわかるもの）が整備されている場合は、C30 セルを「別紙のとおり。」と入力し、当該体制図を添付しても差し支えありません。
- また、特別な接種体制を開始した日にちがわかる資料がある場合は、併せて御提出願います。

ウ　「【補】実績報告書」シート（様式第３号）の入力（作成）

このシートは、すべての項目が「基礎データ」シート、「診療所用」シート又は「病院用」シートで入力した内容を参照しています。

修正が必要な場合は、それぞれのシートに戻って修正の上、このシートに反映させてください。

【「【補】実績報告書」シート】

エ　「【補】請求書シート」（様式第４号）の入力（作成）

このシートは、「交付金交付決定額」及び「今回請求額」以外の項目が「基礎データ」シート、「病院用」シートで入力した内容を参照しています。

修正が必要な場合は、それぞれのシートに戻って修正のうえ、このシートに反映させてください。

（ア）　既に表示されている金額と、補助金交付決定額（K26 セル）及び今回請求額（K31 セル）に**相違がない場合**は、それぞれの項目（T26 セル及び T31 セル）について「**（■上記請求額に同じ）」を選択**してください。

異なる場合は、T26 セル又は T31 セルで「**（□上記請求額に同じ）」を選択**してください。

↓

補助金交付決定額又は今回請求額に係る医療従事者派遣事業の金額（S28 セル及び S33 セル）、特別接種体制確保事業の金額（S29 セル及び S34 セル）が、「金額入力」と表示されるので、**適切な金額を入力**してください。

【「【補】請求書」シート】

所在地、医療機関名、代表者名、医療機関コードの確認

日付、文書番号は、記載しないで差支えありません。

請求額は正しいですか。
（（2）医療従事者派遣事業を実施している場合は、合算値が表示されます。）

特別接種体制確保事業の金額は正しいですか。
（（2）医療従事者派遣事業を実施している場合は、上段に表示されます。）

既表示の金額と相違がない場合は、「（■上記請求額に同じ」」を選択してください。

【「様式第１－（１）」シート】

様式第１－（１）号

（２）看護師等　１人１時間当たり2,
…様式１－（２）から

新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金（医療従事者派遣事業分）申請額算出内訳書

（単位：円）

医療機関名	総事業費	補助対象経費の実　支　出　額	寄付金その他の収入額	差引額	ＢとＤを比較して少ない方の額	補助基準額	補助金所要額	備　考
	A	B	C	D＝A－C	E	F	G	
○○診療所								
合　計								

医療機関名を確認してください。

補助金所要額は、1,000 円単位に丸められます。

総事業費の算定の基礎となった単価等を記入してください。
例）医師：10,000 円／ｈ、看護師等：8,000 円／日
　など。

（２） 医療従事者派遣事業を申請、請求する場合（病院及び診療所が該当）

この事業は、ワクチン接種のための医療従事者の確保が困難な地域において、都道府県の判断のもと、時間外・休日の医療機関から、ワクチン接種を行う集団接種会場に医師・看護師等の医療従事者を派遣した場合に、当該派遣を行った派遣元医療機関を補助するものです。（補助対象経費の実支出額に対して補助を行うものであり、**補助対象経費がなければ補助金額もゼロ**となるものであり、定額で交付するものではありません。）

１医療機関ごとに１つの申請書としてください。（法人化した社団・財団医療法人で、２以上の医療機関を運営している場合は、医療機関ごとに申請してください。）

- 補助対象となる派遣期間は、令和４年３月までの派遣としています。
- 高齢者向け及び一般向け（医療従事者向けは、12 月５日以降のものに限る。）の市町村又は県が行う集団接種を対象としますが、市町村に対して当該市町村の集団接種の実施状況、派遣医療機関、派遣職種などを確認しています。

ア 「【補】様式１－１」シート（様式第１－（１）号）の入力（作成）

（ア） **総事業費**の入力

医療従事者の派遣に係る一切の経費を言います。この事業においては、補助の対象となる派遣が派遣元医療機関における時間外、休日であること、事業の内容が医療従事者の派遣であること等に照らし、補助対象経費の実支出額と同額となることが見込まれます。

（イ） **補助対象経費の実支出額**の入力

補助対象経費は、派遣元医療機関が負担する派遣された医師、看護師等の基本給や派遣手当、旅費、保険料のほか、当該派遣に伴い勤務時間や業務内容などに影響を受ける職員の基本給や手当等などです。

これらの、派遣された医師、看護師等に対して支給した事実などが無い場合は、補助対象経費の実支出額はゼロとなります。

（ウ） **寄付金その他の収入額**の入力

派遣に伴って派遣先から派遣元医療機関に対して支給された派遣に対する協力金、謝金など**派遣元医療機関**が収入するものが該当します。

これらを財源として派遣された医師、看護師等に対して経費を支出している場合は、それら協力金等を入力します。

なお、市町村や県から、**派遣された医師、看護師等個人に対して直接支給された謝金等については、寄付金その他の収入額に該当しません**。

（エ） **備考**の入力

補助対象経費の実支出額に係る単価等を入力します。

【「【補】様式１－（２）」シート】

様式第１－（２）号

新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金
（医療従事者派遣事業分）事業計画書

医療機関名	○○診療所

医療機関の概要	所　在　地	いずれも空欄					
	通常の診療時間	日	：　～　：	月	：　～　：	火	：　～　：
			：　～　：		：　～　：		：　～　：
		水	：　～　：	木	：　～　：	金	：　～　：
			：　～　：		：　～　：		：　～　：
		土	：　～　：	祝日	：　～　：		：　～　：
			：　～　：		：　～　：		：　～　：

派遣計画

派遣日 月	派遣日 日	曜日	派遣する時間 うち休憩時間	時間数（h）	派遣先市町村等名	派遣会場	事業内容 派遣する医師の人数	事業内容 派遣する看護師等の人数	事業内容 その他の事業内容（派遣する医師等の人件費以外の支出項目を記載すること。）
			～ ～				人	人	
			～ ～				人	人	
			～ ～				人	人	
			～ ～				人	人	
計				0:00					

担当者名		連絡先		メールアドレス	

上段には午前の診療時間を、下段には午後の診療時間を入力してください。

月、日は、ドロップダウンリストから選択してください。

例えば、派遣に伴い事務職員、看護師が派遣元医療機関内に待機する場合
「派遣旅費、事務職員休日手当、医院待機看護師休日手当」などが考えられます。

10 分単位のドロップダウンリストになっていますので、該当する時間を選択してください。

イ　「【補】様式１－（２）」シート（様式第１－（２）号）の入力（作成）

（ア）　医療機関名、所在地欄の確認

（イ）　通常の診療時間欄の入力

日曜日から土曜日まで及び祝日における通常の診療時間を入力してください。なお、上段には午前の、下段には午後の診療時間を入力してください。

（ウ）　派遣計画欄の入力

a　派遣日、派遣する時間（うち休憩時間）、派遣先市町村等名、派遣会場の名称、派遣する医師の人数、派遣する看護師等の人数を入力してください。

なお、派遣日が同一であっても、派遣する時間が異なる場合は、別行に記入してください。（入力できる行は、126 日分用意していますが、行が足りない場合は、ページ単位で追加し、計算式を入力してください。難しい場合は、個別に御連絡ください。）

曜日は、当該日に応じた曜日が表示されますので、確認してください。

派遣する時間（うち休憩時間）は、上段に派遣する時間を、下段に明示されている休憩時間を入力してください。時間数に、**派遣する時間から休憩時間を減じた時間数が表示**されますので、確認してください。

AZ 列から右側の列に、時間、単価計算の参考事項が表示されますので、時間計算等の参考にしてください。

> 10 分単位以外の時間数を入力する場合は、例えば「10:05」のように 24 時間表記で、すべて半角で個別入力してください。入力した時間にエラーがある場合は、時間数が正しく計算されず、空白又は「#VALUE!」と表示されます。

b　その他の事業内容は、派遣する医療従事者の人件費以外に係る経費（例えば、交通費や勤務時間影響事務職員給料など）について、具体的に入力してください。

※　改ページプレビューで確認できますが、このシートは**８ページまで印刷される**ように設定していますので、**印刷の際は不要なページが印刷されないよう、御注意ください。**

【「様式第１－（３）」シート】

収入の部の区分には、例えば、この補助金（県補助金）や派遣に伴って収入する医療機関に対する派遣先団体からの協力金や謝金（謝金等）などが該当します。
それらから支出の部の合計を減算した差は、自己資金などと表示してください。
なお、市町村や県から、派遣された医師、看護師等個人に対して直接支給された謝金等については該当しないので、記載不要です。

様式第１－（３）号

収支予算書（医療従事者派遣事業分）

1 収入の部

区分	予算額	決算見込額	比較		摘要
			増	減	
	円	円	円	円	
計	0 円	0 円	0 円	0 円	

2 支出の部

区分	予算額	決算見込額	比較		摘要
			増	減	
	円	円	円	円	
計	0 円	0 円	0 円	0 円	

支出の部の区分には、派遣に係る費用を入力します。例えば、休日給、派遣手当や派遣旅費などが該当します。

ウ　「【補】様式１－３」シート（様式第１－（３）号）の入力（作成）

収入の部及び支出の部それぞれの予算額、決算見込額は、一致します。

（次ページに続く）

【「【補】実績報告書」シート】

様式第３号

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　様

所　在　地　いずれも空欄
医療機関名　○○診療所
代 表 者 名　いずれも空欄　印
（医療機関コード　　　　　　　　）

新型コロナウイルスワクチン接種時間外等派遣事業費補助金実績報告書

令和　　年　　月　　日付け岩手県指令医政第　　　　号で交付決定通知のあった標記について、事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

記

所在地、医療機関名、代表者名、医療機関コードの確認

日付、文書番号は、記載しないで差し支えありません。

【「【補】請求書」シート】

様式第４号

年　　月　　日

岩手県知事　様

所　在　地　いずれも空欄
医療機関名　○○診療所
代 表 者 名　いずれも空欄　印
（医療機関コード　　　　　　　　）

新型コロナワクチン接種時間外等派遣事業費補助金請求書

令和　　年　　月　　日付け岩手県指令医政第　　　　号で交付決定通知のあった標記について、事業が完了したので、岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号）の規定により関係書類を添えて請求します。

記

金　　　　円

（うち　医療従事者派遣事業　金　　　円
特別接種体制確保事業　金　　　円）

補助金交付決定額　金　　　円　（■上記請求額に同じ）

（うち　医療従事者派遣事業　金　　　円
特別接種体制確保事業　金　　　円）

今回請求額　金　　　円　（■上記請求額に同じ）

（うち　医療従事者派遣事業　金　　　円
特別接種体制確保事業　金　　　円）

所在地、医療機関名、代表者名、医療機関コードを確認してください。

日付、文書番号は、記載しないで差し支えありません。

請求額は正しいですか。
（（１）特別接種体制確保事業を実施している場合は、合算値が表示されます。）

特別接種体制確保事業の金額は正しいですか。
（（１）特別接種体制確保事業を実施している場合は、下段に表示されます。）

既表示の金額と相違がない場合は、「（■上記請求額に同じ」」を選択してください。

エ　「【補】実績報告書」シート（様式第３号）の入力（作成）

すでの既に入力いただいた項目を参照していますが、表示されている内容を確認してください。

オ　「【補】様式３－（１）」シート（様式第３－（１）号）、「【補】様式３－（２）」シート（様式第３－（２）号）及び「【補】様式３－（３）」シート（様式第３－（３）号）の入力（作成）

アからウまで（８ページから 10 ページまで）の例に準じて作成してください。

カ　「【補】請求書」シート（様式第４号）の入力（作成）

（１）エ（７ページ参照）の例に準じて作成してください。